

Al Dirigente Scolastico  
I.I.S. LS-ISA-IPSA  
San Giovanni in Fiore

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(art. 2 legge 4/8/1968 n. 15 – art. 3 comma 10 legge 15/3/1997 n. 127 – art 1 DPR 20/10/1998 n. 403- art. 4 DPR 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_

Nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

In servizio c/o questa istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_

Con contratto a Tempo \_\_\_\_\_

Consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale, che comporta inoltre la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

**DICHIARA**

Di aver usufruito / Di voler usufruire di n. \_\_\_\_\_ giorni di permesso retribuito ai sensi della Legge 104/92 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per i seguenti motivi

**Dichiara inoltre sotto la propria responsabilità che l' assistito E ' / NON E' Ricoverato/a a tempo pieno in nessuna struttura ospedaliera pubblica o privata.**

San Giovanni in Fiore, \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_